

femme 56 ans baisse de l'état général ; douleurs abdominales chroniques , masse palpable de la région hypogastrique

**tout le diagnostic est faisable sur ces 3 images** , mais pour ce faire il faut une étude soigneuse des éléments sémiologiques significatifs ....et du bon sens , comme toujours

*obs Dr Y . Ranchoup Clinique du Mail Grenoble*

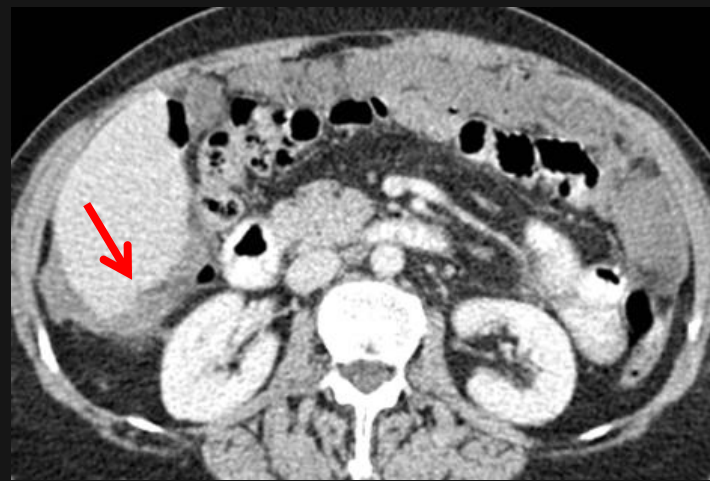
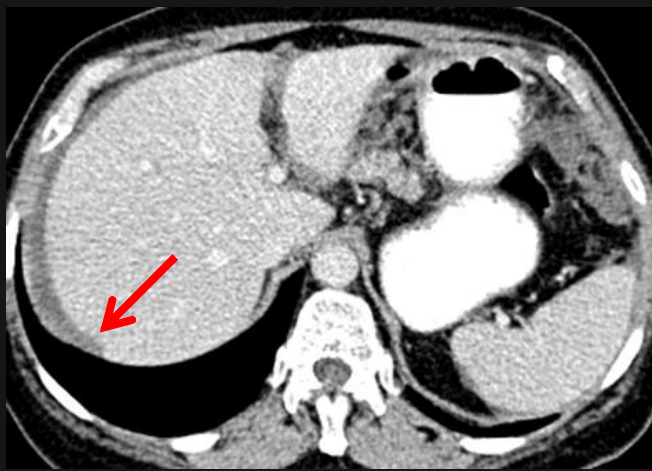


voici quelques images supplémentaires, pelvi-abdominales qui peuvent vous aider ou...vous perdre , comme cela est fréquent en pratique quotidienne.

les premiers radiologues avaient , sur ces images , évoqué une **carcinomatose péritonéale compliquant une tumeur épithéliale maligne ovarienne bilatérale** de type **cystadénocarcinome séreux papillaire** ou **cystadénocarcinome mucineux**

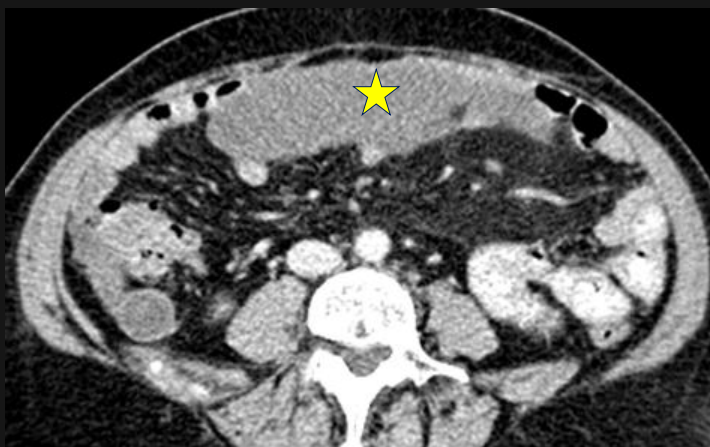
qu'en pensez vous avez-vous d'autres hypothèses diagnostiques





-il y a une lame "liquide" péri-hépatique , un épaissement marqué du grand omentum de densité hétérogène et une collection "liquide" transversale à sa partie basse (astérisque)

-les collections " liquides" ont des caractéristiques inhabituelles qui n'ont pas du vous échapper !:



.la densité du contenu est nettement supérieure à celle du LCR dans le fourreau dural (évaluation subjective à l'œil densitométrique)

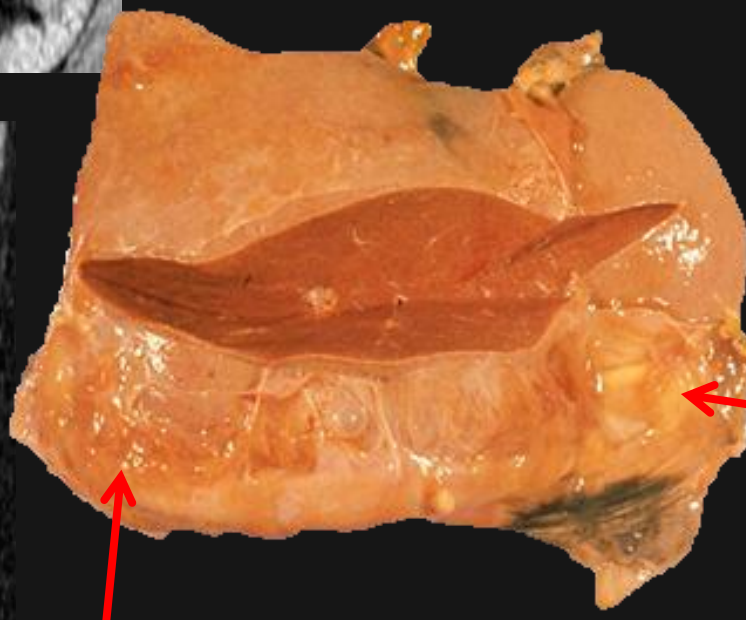
.l'épanchement liquide péritonéal n'est pas diffus mais est limité à certaines zones qui ne sont pas les parties déclives de la cavité péritonéale (il y a peu de liquide dans la poche de Morison !)

.enfin et surtout, la lame "liquide" péri-hépatique déprime la capsule de Glisson dans des zones localisées ( flèches) , cet effet de masse confirme la nature semi-solide du "liquide" , qui est en fait un gel .

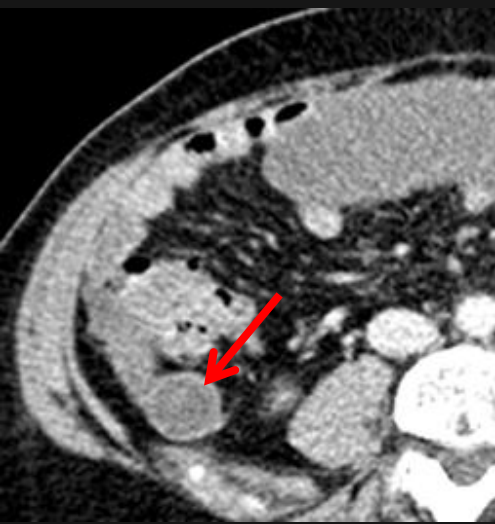


-l'effet de masse , à l'origine du "scalloping" (festons) sur la capsule de Glisson ; le siège et la limitation des collections, la densité du contenu témoignant d'une concentration protéique élevée dans le liquide permettent d'affirmer la nature "gélatineuse" de ces collections

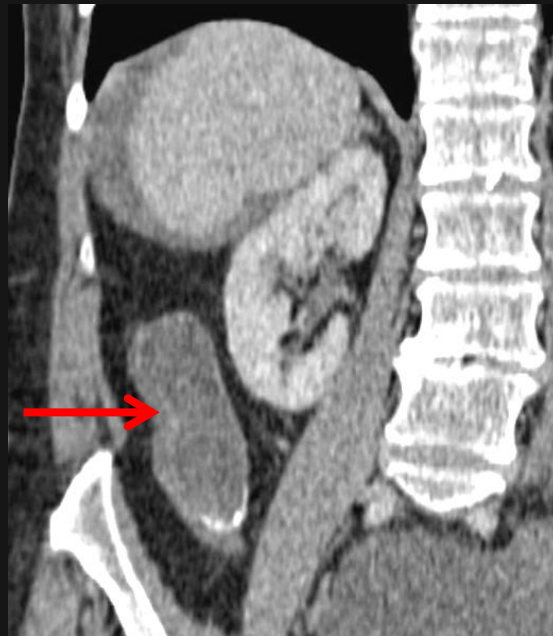
il s'agit donc bien d'un **pseudomyxome péritonéal**, autrefois appelée "**maladie gélatineuse du péritoine**" (gélatine expansive , comme pourrait le dire la comtesse du Canard ,fière de ses fables)



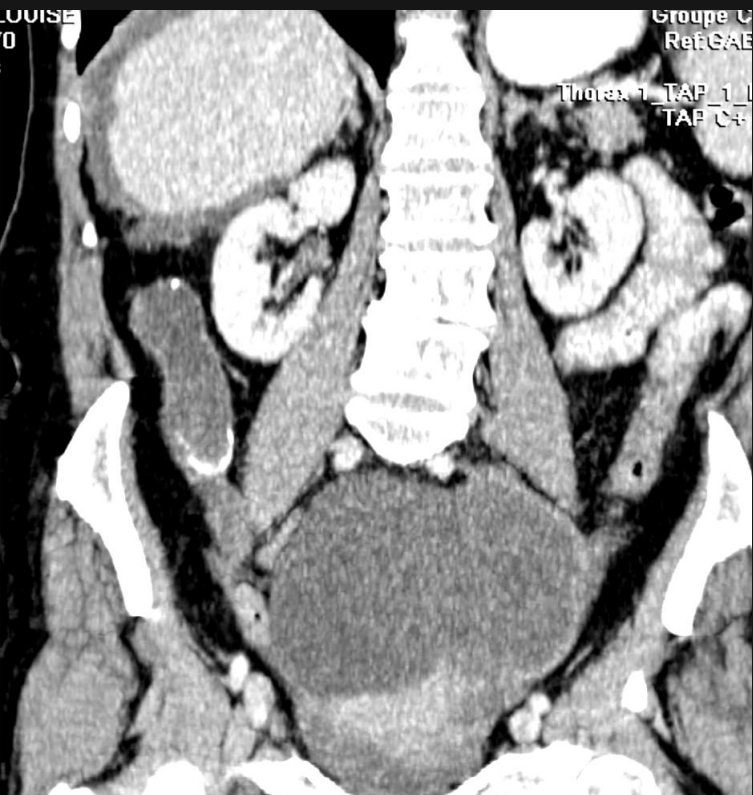
-le foie ( sectionné horizontalement) est "tartiné" irrégulièrement sur toute sa surface par une ascite mucineuse de consistance analogue à celle d'une "gelée" de coings ou de pommes !



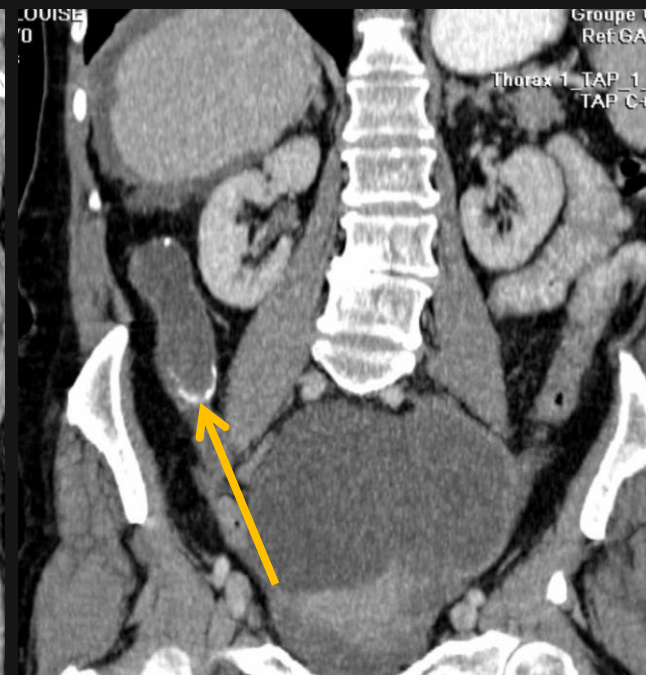
-vous aviez bien sur, observé la lésion responsable de cette ascite mucineuse , sous forme de cette **image de la fosse iliaque droite , rétrocaecale** : masse à contours réguliers , oblongue , à contenu liquide de concentration protéique élevée et à paroi finement calcifiée caractéristique d'une **mucocèle appendiculaire**



-l'aspect de strates concentriques du contenu est très évocateur du diagnostic, qu'il soit observé an échographie , au scanner ou en IRM)



-mais qu'en est-il des **masses pelviennes, à priori ovariennes** qui avaient, dans un premier temps fait évoquer un carcinome épithélial ovarien séreux papillaire ou mucineux, à l'origine d'une carcinomatose péritonéale



-il s'agit bien sur **d'implants ovariens** , généralement désignés sous le terme de **métastases ovariennes** , ce qui est regrettable car ils ne correspondent pas à une dissémination par voie vasculaire ou lymphatique mais à une implantation sur la surface ovarienne (dont l'épithélium est structurellement identique à la séreuse péritonéale) d'ilots cellulaires mucineux , .la dissémination reste limitée à la cavité péritonéale , ce qui justifie et explique les succès thérapeutiques de la CHIP (chimio-hyperthermie intrapéritonéale) dans cette situation

-les études de biologie moléculaire ont montré que, **dans la très grande majorité des cas** , **l'origine du pseudomyxome péritonéal était appendiculaire** (mais des cas ont été rapportés lors d' adénocarcinome mucineux colorectal , gastrique, biliaire, grêle, vessie , poumons , sein , trompe de Fallope, pancréas) . La présence de masses ovariennes souvent volumineuses et de structure hétérogène à composante liquide prédominante traduit l'évolution d'implants mucineux sur les ovaires , en particulier sur les cicatrices de pont de Fallope récente ou ancienne . La prise en compte de ces éléments a permis à Sugarbaker de développer la **chirurgie de cyto-réduction** ( debulking ) complétée par la **CHIP**.

## messages à retenir

-les "métastases" ovariennes(en fait "**implants ovariens**" ) considérées à tort comme des carcinomes primitifs ovariens constituent un des problèmes les plus fréquemment observé en imagerie et souvent même , en chirurgie .

-les "métastases ovariennes" qu'on disait autrefois plus volontiers de **structure solide** sont essentiellement vues dans **les limites gastriques** vraies ( T de Krükenberg au sens initial), mais elles sont , ici également , des implants ovariens et non des métastases .

-dans tous les autres "primitifs" digestifs (colorectaux et pancréas en particulier), les "métastases ovariennes" se présentent sous forme de volumineuses **tumeurs solides kystisées** , en tous points analogues macroscopiquement aux adénocarcinomes ovariens primitifs. et souvent opérées comme tels , en oubliant de chercher en per-op(ou sur les examens d'imagerie pré-op...) le "primitif".

-il est donc préférable, comme le préconise Sugarbaker, d ' utiliser le terme **d'implants ovariens** plutôt que celui de métastases car il s'agit bien d'une greffe d'ilots cellulaires mucineux d'évolutivité très variable , sur l'épithélium de surface ovarien qui est proche de la séreuse péritonéale sur le plan de la structure et non d'une atteinte de l'ovaire par voie vasculaire ou lymphatique

.-cela explique la grande rareté des métastases vraies viscérales et en particulier hépatiques concomitantes des implants ovariens . Cela constitue également la base du principe de la chimio hyperthermie (traitement des résidus infra-millimétriques ) en complément de la chirurgie de cyto-réduction

-devant toute tumeur pelvienne ovarienne solide ou mixte , uni ou bilatérale , faites un examen soigneux du tube digestif (colon +++, pancréas , vésicule biliaire) avant de conclure à un néoplasme primitif ovarien